Nr. 47. W Krakowie, dnia 24 Listopada 1877 r. Rok XVI.

BIURO REDAKCYI
Ulica Grodzka Nr. 73.
ADMINISTRACYJA
Ulica Szewska Nr. 207.

Ekspedycyja miejscowa w księg. St. Krzyżanowskiego Rynek główny Nr. 30.

Przedpłatę przyjmują: 1) Administracyja; 2) Ajencyje obok wymienione; 3) w Król. Polskiém i w Ces. Rosyjskiém Urzędy poczt.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

wychodzący pod redakcyją

Prof. Dra L. Blumenstoka.

Wychodzi co sobota w objętości 1—1 ½ arkusza.

Rękopismy zwracają się tylko w skutek wyraźnego zastrzeżenia

Ajencyje główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *M. Leitgebra* i Wsp.

Cena Przeglądu Lekarskiego wynosi: w Krakowie: rocznie złr. 6, półrocznie 3, kwartalnie 1·50 w Ces. Austryjackiém: 6·60, 3·30, 1·80; w Ces. Niemieckiém: 14, 7, 3·50 marek; w Królestwie Pol. i Ces. Rosyjskiém, a mianowicie: w Warszawie: rocznie 5 Rsr. półrocznie 2½ Rsr. na Prowincyi: 6 i 3 Rsr. — Cena ogłoszeń, które przyjmuje Redakcyja wynosi: Za wiersz drobny (petit) lub miejsce tegoż po 5 ct. Numer pojedyńczy kosztuje 15 ct.

Prof. Dr. Polikarp Girsztowt

ur. d. 15 lutego 1827 † 12 listopada 1877.

Nie ochłonąwszy jeszcze z bolesnego wrażenia, jakie wywołała gwałtowna śmierć profesora Girsztowta zadana ręką zbrodniarza, dopełniamy smutnego obowiązku wynurzenia niewymownego żalu obok wysokiéj czci dla drogiéj osoby zgasłego, a sprawiedliwego uznania dla zasług jego znakomitych.

Poległ na swym ważnym posterunku rycerz a razem i lekarz, co na stanowisku wysuniętém i narażoném na celne strzały z poświęceniem i męstwem bohatéra, a z biegłością mistrza macał i krzepił tętno piśmiennictwa lekarskiego polskiego, co śród zabójczych wpływów ochraniał je od omdlenia i wygaśnienia, co śród grabarzy czyhających na rychłe pochowanie martwych zwłok donośnym głosem i czynem świadczył, że ten ustrój nie zstępuje do grobu, że on żyje własną wrodzoną siłą mimo poskąpienia mu odpowiednich warunków, mimo pozbawienia go posiłku zewnętrzego.

W ciężkiéj doli dla naszego ruchu literackiego, jak odważny i rozstropny wódz nie zwątpił, nie zawodził żalów daremnych, lecz zmierzywszy bystrém okiem pole działania i dostępne środki i warunki, jął się skutecznéj obrony zagrożonych głównych punktów i nie tylko je ocalił, lecz wzmocnił i rozszérzył.

Pozostanie to niespożytą jego chwałą i zasługą, że dostatnie w kraju naszym, lecz odosobnione źródła naukowych zdolności ochronił od zmarnienia i wyschnienia w piasku wrodzonéj naszéj gnuśności, ująwszy je w trwałą cembrzynę.

Uprawę niwy lekarskiéj zabezpieczył od przygód i nieprzyjaznych przypadków założywszy dla niéj nieustanny warsztat w najchlubniejszém tego wyrazu znaczeniu. Przypomina on wprawdzie rzemiosło, tak jest rzemiosło, ale czy uczciwe jego prowadzenie może zasługiwać na naganę? czy popieranie go z poświęceniem dla powszechnego pożytku nie jest czynem szlachetnym, zasługującym na wdzięczne uznanie równie spółczesnych, jak i potomności? zapewne nie wszystkie płody wyszłe z téj pracowni wolne są od wielu a nawet rażących usterków i niedostatków, ale wiele jest dobrych i takich, któremi się pochlubić można.

A jeżeli zwrócimy uwagę na czas, miejsce i okoliczności, to któż się ośmieli uczynić zarzut niosącemu ratunek stanowczy w nagłéj potrzebie, iż w pośpiechu pominął niektóre względy estetyczne i formalne, że cierpiącemu zmiérzwił wytrefioną czupryne, lub zmiął kołnierzyk a skrzywił fontaz?

Nie dość, że myśl płodną a zbawienną wydania bibljoteki umiejętności lekarskich powziął, nie dość, że ją w obszernych granicach praktycznie określił, ale ją trafnie wykonał stworzywszy dla niéj środki, nabywszy i oddawszy na jéj usługi wyłączne drukarnię, a że prasy jęczały pod nawałem roboty, dowód to oczywisty, że się dobrze wysługiwały, że im nie brakło strawy, bo ich właściciel umiał i sam pracować i drugich do pracy zachęcać. Nam odleglejszym od ogniska jego działania i od bliższych osobistych z nim stosunków, staje głównie przed oczyma ten świetny rys jego postaci, widoczny z dala, sięgający poza słupy graniczne, jak i sieć swego zapładniającego wpływu rozciągnął aż do kresów mowy ojczystéj. Bliżsi i codzienni świadkowie tego pracowitego żywota mieli sposobność podziwiać w nim jeszcze inne zalety publiczne i towarzyskie. Nie był on obfity w osobliwe i nęcące jaskrawością zdarzenia, ale spływał śród natężonéj, niestrudzonéj pracy, płodny w zbawienne owoce, pożyteczny spółczesnym i siejący ziarno na przyszłość.

Na świat przyszedł śp. Polikarp Girsztowt dnia 15 lutego 1827 r. w pobliżu Kiejdan na Żmudzi. Ukończywszy szkoły średnie w Wilnie, poświęcił się naukom lekarskim w Petersburgu. Tak tu, jak tam wzorową pilność i zdolność niepoślednią odznaczono złotemi medalami. Otrzymawszy w r. 1852 stopień doktorski, pełnił w stolicy rosyjskiéj obowiązki asystenta kliniki chirurgicznéj. W wojnie krymskiéj jako lekarz wojskowy wytrzymał razem z załogą oblężenie Sewastopola, za co w uznaniu zasług uzyskał odznakę orderową.

Do Warszawy przybył w r. 1858 powołany do świeżo otworzonéj Akademii lekarskiéj dla wykładu chirurgii teoretycznéj, syfilidologii, oftalmologii i otyjatryki; objęcie

téj posady wyprzedził popisowy odczyt dnia 15 grudnia 1858: „o zachowawczym kierunku nowszéj chirurgii“. Kosztem rządu wyprawiony za granicę w celu udoskonalenia się naukowego, a zwłaszcza w chirurgii, zwiedził Niemcy, Francyję, Angliję i Holandyję, a złożywszy po powrocie obszerne sprawozdanie: „Pogląd na obecny stan chirurgii w Europie“, uzyskał na początku r. 1860 potwierdzenie jako profesor zwyczajny. Katedrę tę teoretyczną zajmował tak w byłéj szkole głównéj, jak i obecnym uniwersytecie warszawskim, aż do r. 1871, a wykładem potoczystym, jasnym, ożywionym przykładami na chorych, pokazywanych uczniom, gdy nie miał kliniki właściwéj, na oddziałach szpitalnych, których był lekarzem ordynującym, zniewolił sobie młodzież, jak ją umiał przyciągać także poparciem moralném i materyjalném.

Po zwinięciu szkoły głównéj zdawało się, że sam na swoje barki przyjął spuściznę pracy po tym zakładzie, a czynił to z takiém poświęceniem i zamiłowaniem, że jak twierdzą ci co go znali bliżéj, omal był zazdrosny o to brzemię, nie dzieląc go chętnie z drugim bez swojego przynajmniéj pośrednictwa. Odtąd rozpoczyna się owa szeroka, wytrwała działalność piśmiennicza wyżéj w swém ważném historyczném znaczeniu wskazana. Jéj piérwszym zwiastunem było założenie *Gazety Lekarskiéj* w r. 1866, za którą w trop poszło wydawnictwo Biblijoteki umiejętności lekarskich, które do dnia dzisiejszego obejmuje 38 dzieł skończonych, a kilkanaście zaczętych, wynoszących razem blisko dwa tysiące sporych arkuszy. W zbiorze tym sam główny motor i redaktor zaczął ogłaszać: „Wykład chirurgii ogólnéj i szczegółowéj“. Po profesorze Korzeniowskim objął katedrę kliniki chirurgicznéj w r. 1871 piastując ją aż do zgonu. Nieznużony jego umysł nie poprzestał na wzmiankowanych już zadaniach, lecz coraz innych jeszcze dostarczał objawów piśmienniczych, wydając niezależne od „Biblijoteki“ osobne dzieła lekarskie, kalendarz dla tego zawodu, przegląd postępu nauk lekarskich, rys historyczno-statystyczny szpitali i zakładów dobroczynnych w kr. polskiem: temu pragnieniu uwydatnienia żywotności naukowéj kraju poświęcił swe zdolności, swe zasoby, a w końcu swe życie, na które targnęła się mściwa ręka oddalonego drukarza. Dnia 5 b. m. pchnięty nożem w pachwinę doznał przecięcia tętnicy. Po podwiązaniu jéj szybka zgorzel odnogi przecięła dni drogie w sile wieku, rokującéj spełnienie wielu już rozpoczętych a nadto zamierzonych i spodziewanych zadań. Strata jest niepowetowana, opłakuje ją kraj cały.

Jakże nam bolesno żegnać się z tobą druhu! ściskamy w myśli dłoń Twą, niedawno jeszcze tak czynną, a dziś bezwładną, ściskamy ją ze łzą w oku i wyznaniem na ustach: żeś się dobrze zasłużył krajowi i społeczności.

Prof. Dr. Józef Oettinger.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. J. Szeparowicz.

Prymaryjusz oddziału chirurg. w głównym szpitalu we Lwowie.

4. Kazuistyka chirurgiczna systemu nerwowego obwodowego.

b) Statystyka wycięcia nerwu dolnoszczękowego według sposobu Paraviciniego, ocena metody.

W numerze piérwszym Przegl. Lek. z roku 1875 opisałem jeden przypadek wycięcia nerwu dolnoszczękowego, uskutecznionego przezemnie w tutejszym szpitalu z pomyślnym wynikiem. Mój przypadek był naówczas piątym z rzędu znanych przypadków metody Paraviciniego; a ponieważ od owego czasu przybyło w literaturze jeszcze pięć innych, z wynikiem w znacznéj części bardzo niepomyślnym, przeto postanowiłem przejrzeć krytycznie wszystkie znane przypadki, celem nabrania jasnego przekonania o wartości tego rękoczynu.

Pomijając anatomiczne szczegóły nerwu dolnoszczękowego, namienię tylko w krótkości pod względem historycznym, że jednym z piérwszych, który przeciął ten nerw z powodu nerwobólu był Lizars w r. 1821; lekarz ten dokonał tylko przecięcia (*Neurotomia*) nie zaś wycięcia (*Neurectomia*) nerwu, a dokonał rękoczynu przez jamę ustną, przeciąwszy wzdłuż przedniego brzegu gałęzi dolnéj szczęki błonę śluzową blisko wyrostka koronowego, poczém wprowadził sierpowaty nożyk między szczękę a m. skrzydlasty wewnętrzny i skierowawszy ostrze ku kości w okolicy wewnętrznego otworu dolnéj szczęki wykonał kilka cięć, aż po silnym bolu objawionym przez chorego przekonał się, że nerw rzeczywiście został przeciętym. Jak wiadomo przecięcie nerwu ustąpiło przy nerwobólach zwolna miejsca wycięciu; z powodu niedogodnego przystępu przez jamę ustną uznano jako jedyny możliwy sposób dokonania wycięcia nerwu dolnoszczękowego przed jego wstąpieniem do wewnętrznego otworu dolnéj szczęki częściowe wypiłowanie dolnéj szczęki.

Warren był piérwszym, który w podobny sposób dokonał tego rękoczynu; odtąd często go dokonywano, a rozmaite metody, które napotykamy podawane w dziełach chirurgicznych różnią się tylko kierunkiem cięcia w powłokach miękkich, jakoteż sposobem częściowego wypiłowania kości. Tu należą metody Warrena, Schuha, Linharta, Brunsa, Kühna. Dopiéro w r. 1858 podał Lamberto Paravicini w Medyjolanie nowy sposób rękoczynu, a mianowicie przez jamę ustną. Bliższe szczegóły tego rękoczynu umieściłem w moim piérwszym opisie. Tu przytoczę jeszcze zdanie Brunsa (*Handbuch der practischen Chirurgie. Band 2*, str. 937.): „Nader małą pewność daje ta metoda pod względem wyszukania i przecięcia samego tylko nerwu, a wyciąć potrzeba duży kawałek tegoż, chcąc zapobiedz recydywie; widoczném to jest z samego opisu, a jeszcze więcéj przekonywa o tém wykonanie operacyi na zwłokach“.

Jakkolwiek liczba tego rodzaju przypadków zaznaczonych dotąd w literaturze jest bardzo szczupłą i do porównań statystycznych nie wystarczającą (dlatego też nie będę się wdawał w porównawcze zestawienia), jest ona jednak dostateczną do ocenienia doniosłości i wartości metody, jakoteż jéj stron ujemnych. Z literatury dla mnie przystępnéj zaczerpnięta wynosi 9, znanym mi jest prócz tych dziesiąty przypadek dotąd jeszcze nie ogłoszony. Przypadki te są następujące w porządku chronologicznym jak zostały wykonane:

1. Meusel w Gocie (*Deutsche Klinik.* 1871. Nr. 47.) wykonał wycięcie 3 linije długiego kawałka n. dolnoszczękowego prawego u mężczyzny 62 lat liczącego z powodu nerwobolu, który trwał był od 3 lat; przy téj sposobności wyciął on także kawałek 4 linije długi nerwu językowego prawego, a to dlatego, ponieważ nerwoból odzywał się bardzo dotkliwie i w prawéj połowie języka. Nerw umocował Meuzel podczas rękoczynu za pomocą ostrego haczyka. W ciągu 8 dni nastąpiło zagojenie.

2. Menzel (*Langenbecks Arch. f. klin. Chir.* tom 13, str. 668.) wykonał ten rękoczyn w dniu 29 sierpnia 1871 w wiedeńskim klinicznym oddziale prof. Billrotha, (którego naówczas zastępował) u kobiety 50 lat liczącéj z powodu nerwobólu n. dolnoszczękowego prawego trwającego od 7 (względnie 13) lat; kawałek wycięty wynosił 4 linije. W piérwszych dwóch dniach po operacyi połykanie było bardzo bolesne i utrudnione, nadto wystąpił

ciastowaty obrzęk i ciemno-żółte zabarwienie skóry po téj stronie szyi. Gojenie trwało do 19 września a zatém tylko 20 dni. Nerw umocował Menzel podczas rękoczynu za pomocą szczypczyków. Całkiem niesłusznie utrzymuje, iż piérwszy metodę Paraviciniego wykonał na żywym człowieku, Meusel bowiem nieco wcześniéj toż samo uskutecznił; lubo Meusel wyciął oprócz nerwu dolnoszczękowego także i nerw językowy, wiadomą jednak jest rzeczą, ze trudność odosobnienia n. dolnoszczękowego jest najgłówniejszym zarzutem autorów przeciw téj metodzie; wszakże Meusel uczynił to umyślnie nie zaś bezwiednie przez pomyłkę, było bowiem do tego wskazanie. Toż samo uczynił także Lossen w swoim (8ym) przypadku. Zresztą mogę zapewnić z doświadczenia, że rozróżnienie n. dolnoszczękowego od językowego jest jedną z najmniejszych trudności w tym rękoczynie. Słuszność zatém każe przyznać Meuslowi piérwszeństwo.

3. Prof. Billroth (przypadek opisany razem z powyższym drugim) wyciął 10 linij długi kawałek n. dolnoszczękowego lewego mężczyznie 51 lat mającemu w dniu 13 października 1871 z powodu nerwobólu trwającego od 9 miesięcy, według metody Paraviciniego z tą odmianą, że podniósł całą okostnę od kości aż do języczka szczękowego. Nerw umocował nitką za pomocą igły tętniakowéj nawiązaną. Dnia 24 października wystąpił znaczny obrzęk na szyi po stronie operacyjnéj i wynaczynienie na podniebieniu miękkiém, jakoteż stan gorączkowy; w ranie zaś saméj dużo zgorzelinowéj tkanki rozszérzającéj nieznośną woń; wzdłuż szyi wynaczynienia podskórne; mimo to w miesiąc po dokonanym rękoczynie nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

4. Mosetig (*Wiener med. Wochenschr.* 1874. Nr. 12.) wykonał rękoczyn metodą Paraviciniego w dniu 31 lipca 1874 u chorego 50 lat liczącego, z powodu nerwobolu n. dolnoszczękowego prawego trwającego od 6 lat; nerw umocował podobnie jak Billroth nitką; wycięty kawałek nerwu był 4 linije długi. W następnych dniach obrzęk okolicy operacyjnéj, utrudnienie połykania, po 4 tygodniach nastąpiło zupełne wygojenie rany.

5. Prof. Schönborn w Królewcu (*Berliner klin. Wochenschr.* 1875. Nr. 2.) dokonał tegoż samego rękoczynu d. 8 czerwca 1874 u kobiety 67 lat liczącéj po lewéj stronie. Warunki miejscowe miały być nader korzystne tak z powodu braku wszystkich zębów w okolicy operacyjnéj, jako również z powodu znacznych wiekowych zmian dolnéj szczęki, która w skutek tychże miała szerokość wązkiéj listewki; przystęp więc był nadzwyczaj ułatwiony. Prof. Schönborn wykonał ten rękoczyn z znaczną odmianą własnego pomysłu, a mianowicie: umocowawszy nerw za pomocą nitki zrobił drugie cięcie w okolicy zewnętrznego ujścia kanału dolnoszczękowego *(foramen mentale)*, następnie wypiłował część zewnętrznéj ściany kanału, tak, że odsłonił przebieg nerwu w kanale, ujął go szczypczykami, poczém przeciąwszy u góry w okolicy języczka szczękowego i u zewnętrznego ujścia wyciągnął kawałek długości 6 centymetrów, którego budowa okazała się przy badaniu zupełnie prawidłową. Jeszcze tegoż samego wieczora powrócił piérwotny nerwoból i trwał przez pięć dni jakkolwiek w niższym stopniu, a w piérwszych trzech dniach chora gorączkowała. W trzecim tygodniu rana zewnętrzna była już wygojona, natomiast rana wykonana podług metody Paraviciniego nie była jeszcze zagojoną i w takim stanie wypuszczono chorą ze szpitala. Stetter, podając wiadomość o tym przypadku Schönborna, poleca takie połączenie rękoczynów i nazywa je jedynie racyjonalnym sposobem dla zapobieżenia powrotowi cierpienia.

6. Ja (*Przegl. Lek.* 1875. Nr. 1., także *Wiener med. Wochenschr.* 1875. Nr. 30.) wyciąłem nerw dolnoszczękowy prawy w dniu 17 czerwca 1874 u chorego 50 lat liczącego z powodu nerwobólu trwającego od 5 lat. Podczas nakładania nitki za pomocą igły tętniakowéj na nerw już odosobniony, przerwał się tenże skutkiem znaczniejszego naprężenia igły tętniakowéj i musiałem resztę dokończyć za pomocą długich szczypczyków i nożyczek. Toż samo wydarzyło się (jak poniżéj opiszę) w 8 przypadku (Lossena). Na drugi dzień po operacyi wystąpił znaczny obrzęk okolicy operacyjnéj, oraz znaczne utrudnienie połykania. W 5 dniu z powodu obrzęku szyi nisko zstępującego, zrobiłem cięcie w okolicy podszczękowéj i przeprowadziłem ztamtąd sączek do jamy ustnéj i na zewnątrz jéj przez pierwotną ranę operacyjną. Wpływ tego rękoczynu na dalszy przebieg był bardzo pomyślny; gorączka, obrzęk i bolesność przy dotykaniu ustąpiły; czyszczenie rany stało się łatwiejszém; przez obie rany wydobywały się duże strzępy tkanki zgorzelinowéj. Rana operacyjna w jamie ustnéj była przed upływem czterech tygodni zagojoną; na szyi zaś tworzyły się ropnie jeden po drugim, które się wygoiły zupełnie dopiero po wyjęciu małéj kosteczki martwinowéj z dolnéj szczęki. Po upływie dwóch lat po operacyi chory poczuł znów swój dawniéjszy ból, lecz w stopniu nierównie niższym i wcale znośnym; ból ten trwał około 2 tygodni, poczém znów ustąpił i do dziś dnia nie powrócił, a zatém już 4ty rok od operacyi, pomimo że chory należąc do najniższéj warstwy społeczeństwa znajduje się w warunkach hygijenicznych wcale niekorzystnych.

7. Nicoladoni (*Wiener med. Wochenschr.* 1874. Nr. 43.) wyciął w dniu 8 sierpnia 1874 r. nerw dolnoszczękowy prawy u mężczyzny 63-letniego z powodu nerwobolu trwającego od 2 lat. Nerw umocował on ostrym haczykiem, a wycięcia dokonał za pomocą cistotomu Dumreichera; wyciął zaś kawałek niespełna 4 linije długi. Nie zadowalając się tylko wyczuciem nerwu, uczynił go nawet dla oka przystępnym przez wycięcie tkanki i tłuszczu w głębi rany operacyjnéj. Na drugi dzień obrzęk i ból mocny, złe wejrzenie rany, powrót nerwobólu; w dalszym przebiegu sposoczenie i zgorzelina tkanki w głębi rany, dreszcze, przypady zapalenia błony mózgowéj, a w dziewiątym dniu po operacyi śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały: sposoczenie w ranie operacyjnéj, posokowate zapalenie wzdłuż środkowéj części nerwu, zapalenie błony mózgowéj u podstawy mózgu, posocznica. Nicoladoni przypisuje tak nieszczęśliwy przebieg zanieczyszczeniu jamy ustnéj a mianowicie zębów, jakie się zazwyczaj spotyka u chorych z nerwobolem, a zwłaszcza kieszonkowatości rany operacyjnéj i podnosi te okoliczności, jako zarzut przeciw metodzie Paraviciniego.

8. Prof. Lossen w Heidelbergu (*Centralblatt f. Chir.* 1876. Nr. 20.) wykonał metodę Paraviciniego w narkozie z na dół zwieszoną twarzą (Rose) w dniu 30 grudnia 1875 u kobiety 66-letniéj z powodu nerwobolu prawego n. dolnoszczękowego i językowego, trwającego 16 lat. Tak jak Meusel wyciął on najprzód n. językowy, poczém usiłował odosobnić n. dolnoszczękowy, co mu się jednak inaczéj nie udało, jak tylko za pomocą częściowego podniesienia okostny. Podczas nakładania nitki na nerw przerwał mu się tenże tak samo, jak to się zdarzyło i w moim przypadku. Na drugi dzień obrzęk zewnętrznéj okolicy operacyjnéj a zwłaszcza miękkiego podniebienia, trudność otwierania jamy ustnéj i połykania; w dalszym przebiegu obfite ropienie i znaczna zgorzelina tkanek w głębi rany; w 14 dniu po operacyi przecięto ropień dwoma cięciami w okolicy podszczękowéj; późniéj wyjęto małą kosteczkę martwinową z szczęki dolnéj; poczém

zupełne wygojenie nastąpiło. Ten przypadek ma więc wiele podobieństwa z moim, jak to podniósł sam Lossen w *Centralbl. f. Chir.* 1877. Nr. 18.

9. Lossen (*Centralbl. f. Chir.* 1877. Nr. 18.) wyciął około 5 milimetrów z prawego nerwu dolnoszczękowego u kobiety 30 lat liczącéj z powodu nerwobolu trwającego od 12 lat, w dniu 2 czerwca 1876 w narkozie z na dół zwieszoną głową choréj. W 15ym dniu po operacyi dreszcz; obrzęk prawego policzka i szczękościsk; zrobiono cięcie na szyi w okolicy podszczękowéj lecz napotkano tylko kilka kropel ropy, oraz znaczne obnażenie dolnéj szczęki do koła; w dniu 25 czerwca śmierć nastąpiła. Oględziny pośmiertne wykazały znaczne obnażenie szczęki dolnéj naokoło i ropnicę. Lossen przypisuje tak nieszczęśliwy wynik stosunkom szpitalnym, a nie metodzie operacyjnéj.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z pracowni prosektoryjum szpitala powsz. lwowskiego.

Przyczynek do anatomii patologicznéj wgłobienia jelit. Przepuklina jelit w worku sieciowym przy zagłobie.

Opisał Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powsz. lwowskiego.

(Ciąg dalszy.)

II) Ludwik Dziecinniak, l. 36, kamieniarz, przyjęty na oddział Dra O. Widmana dn. 2-go stycznia 1876 r., miał przed 3 miesiącami bez wiadoméj przyczyny dostać krwawych stolców i boleści w brzuchu, które się dotychczas utrzymują. Badanie wykazuje: Brzuch po stronie prawéj miękko-sprężysty; po stronie lewéj, od linii środkowéj brzucha aż do kości biodrowéj, czuć znaczny opór ciała twardego, nad którym wypuk daje odgłos stłumiony, a które za dotykiem jest miernie bolesne. Zresztą wynik badania nie wykazuje nic uwagi godnego. Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno drobne i uderza 80 razy na minutę. Rozpoznano zagłobę jelit i zapalenie otrzewny ograniczone; zastósowano zimne okłady wysychające, wewn. nastój makowcowy. Dnia 4-go stycznia chory wymiotuje; stan ogólny gorszy; wypróżnienia kałowe dość znaczne. Stłumienie z lewéj strony brzucha przechodzi wałkowato ku prawéj aż do kątnicy. Dn. 11 stycznia znowu pojawiły się wymioty. Stłumienie rozszérza się po za linię środkową ku prawéj stronie na całym brzuchu. Rozpoznano zapalenie otrzewny powszechne. Dn. 15 stycznia po głębokich wstrzykiwaniach kwasu karbolowego boleści zmniejszyły się, natomiast wymioty są częstsze, a dziś trwały przez całą noc. Ciepłota skóry nie podwyższona, tętno małe, 84 na min. Dn. 17 stycznia bóle ustały, występuje natomiast wybitny upadek sił; tętno 68 małe. Dn. 20 st. znaczny zapad, czkawka. Dn. 21 stycznia śmierć.

Sekcyja wykonana dn. 21 st. wykazała: Zwłoki mężczyzny wzrostu średniego, wątłéj budowy ciała, źle odżywione. Niedokrewność wysokiego stopnia mózgu; niedokrewność i uciśnienie obu płuc podniesioną do 4-go żebra przeponą, stłuszczenie serca, wątroby i nérek z niedokrewnością; obrzęk ostry i stłuszczenie śledziony. Brzuch wzdęty. Zaraz po otwarciu jamy brzusznéj uderzają następujące szczegóły: Wątroba i żołądek wysoko ku górze wyparte, tak że jak powiedzieliśmy, przepona po obu stronach dosięga wysokości 4-go żebra. Sieć wielka naprężona i wysadzona pomiędzy żołądkiem a okrężnicą półkulisto ku przodowi, dochodzi tylko do okrężnicy, tu zaś jest tak pokurczoną, że daléj wyśledzić się nie daje. Przy ucisku na wypuklenie przez nią pokryte czuć pod siecią ciało miękko-elastyczne, chełboczące i usuwające się z pod palców. Okrężnica od kątnicy aż do kiszki esowatéj bardzo znacznie zgrubiała w kształcie wałka twardo-elastycznego, którego średnica wynosi 8—12 cm. Podniósłszy jelito okrężne ku górze, widać w śródjeliciu przyokrężném 10 cm. wysokiém, po stronie lewéj od linii pępkowéj otwór poziomy 8 cm. długi na 5 cm. rozwarty, prowadzący do worka sieciowego. Brzegi tego otworu ograniczone są rozpartemi postronkami naczyń śródjelicia, zresztą zaś nierówne, strzępiaste, ciemniéj niż okoliczna błona śródjelicia, a mianowicie słabo żółtawo zabarwione, wypociną ropną obłożone i przesiąknięte, a tu i owdzie dają się z brzegów z łatwością za lekkiém dotknięciem odrywać drobne strzępki. Przez otwór ten wchodzi pętla jelita czczego, 86 cm. długa, do worka sieciowego i leży tu w jamie ograniczonéj od góry żołądkiem i dolną powierzchnią śledziony, od dołu okrężnicą poprzeczną i naprężoném śródjeliciem przyokrężném, od tyłu ścianą brzuszną i trzustką, od przodu wypukloną przez nie siecią większą. Po wycięciu pętli téj jelita, które zresztą z łatwością daje się uskutecznić i po rozcięciu sieci wielkiéj widać, iż jama ta wypełniona jest nadto płynem gęstym, ropiastym ze strzępkami włóknika, a ściany jéj pokryte takąż wypociną. Druga połowa jelita czczego leży poniżéj okrężnicy, w dolnéj części brzucha i w jamie miednicy małéj. Zwoje tych jelit pozlepiane są ze sobą tu i owdzie wypociną włóknikowo-ropiastą, podobnie jak w pętli powyżéj opisanéj, ostatnie jednak są pomimo wyższego położenia mocniéj nastrzykane, niż pętle poniżéj leżące. Jelita cienkie są zresztą wszystkie rozdęte obfitą treścią, brudno żółtą, płynną, kałową, a błona ich śluzowa żywo różowa, miejscami siwawa. W jamie otrzewny do 1000 grm. cieczy brudno-żółtéj, ropiastéj i kałowo zabarwionéj.

Po wyjęciu jelita grubego z jamy brzusznéj okazuje się, iż jelito biodrowe, kątnica i okrężnica wstępująca wsunięte są w wielkiéj przestrzeni w okrężnicę poprzeczną zstępującą i kiszkę esowatą. Długość pochwy zagłoby wynosi 43 cm. Usiłowania wysunięcia napowrót jelit wgłobionych okazują się nadaremnemi, a po rozcięciu pochwy zewnętrznéj i średniéj okazuje się, że otrzewny cewy środkowéj i wewnętrznéj do siebie przylegające są ze sobą i z kreską wyciągniętą w blady, zbity powróz od początku do końca zagłoby zrośnięte krótką, zbitą, szarawą zupełnie bladą tkanką łączną tak mocno, że te części palcami, a miejscami nożem tylko mogą być od siebie oddzielone. Przytém okazuje się, iż część wewnętrzną zagłoby stanowi jelito biodrowe lekko pomarszczone, 50 cm. długie; część średnią okrężnica wstępująca i część poprzecznéj, długości 45 cm., szczyt zaś zagłoby stanowi przenicowana kątnica, w miejscu, w którém z niéj odchodzi wyrostek robaczkowy, przedstawiający się ujściem jako otwór szczelinowaty wielkości grochu, w który zgłębnik wprowadzić się daje na 3 cm., głęboko; 1 cm. po za brzegami szczytu zagłoby widać przy otwarciu takowego okrężną zastawkę Bauhiniego cienką i zupełnie bladą, przepuszczającą wygodnie palec wskazujący do jelita biodrowego. Szczyt ten, leżący w dolnéj części kiszki esowatéj, jest miernie obrzękły, sinawy i pokryty wypociną szarawo-żółtą, suchawą, która z trudnością daje się zeskrobać z błony śluzowéj, okazującéj nadto kilka powierzchownych owrzodzeń rozległości grochu do bobu. Odpowiednio jednak szczytowi opisanemu okazuje się w kiszce esowatéj od strony błony śluzowéj owrzodzenie rozległe, w poprzek jelita przebiegające, 11 cm. długie, 4 cm. szerokie. Największą

powierzchnię owrzodzenia przedstawia błona śluzowa, któréj brzegi są ostro cięte, pochyłe, blade i gładkie; od błony zaś śluzowéj brzegi cieńczeją szybko ku środkowi owrzodzenia. Dno wrzodu utworzone jest w górnéj i zewnętrznéj, ku ścianom brzusznym zwróconéj części jelita z utrzymanych jeszcze belków warstwy mięsnéj, a w kilku tylko rozrzuconych miejscach dochodzi do warstwy podotrzewnowéj lub otrzewny szarawo-żółtéj, która przedstawia się tu w 2 miejscach wielkości główki szpilki przedziurawioną; w części dolnéj i wewnętrznéj wrzodu zaś wszystkie warstwy jelita i otrzewna są na przestrzeni centa, a obok tego miejsca na przestrzeni grochu rozpadłe, a otwory te o brzegach żółtawych, ścieńczałych i strzępiastych prowadzą do jamy otrzewny.

Wszystkie 3 cewy jelita wzdłuż całéj zagłoby są blade, nieobrzękłe, nawet niedokrewne; tylko błona śluzowa cewy wewnętrznéj (jelita biodrowego) w oddaleniu 20 cm. od szczytu aż ku wchodowi zagłoby jest sino-szarawa. W oddalenin jednak 12-tu cm. od szczytu zagłoby przedstawia jelito biodrowe, naprzeciw przyczepienia kreski, otwór przez wszystkie warstwy jelito przebijający, średnicy 4 cm., o brzegach zupełnie gładkich, ścieńczałych i bladych. Owrzodzenie to przechodzi i na jelito średnie zagłoby (okrężnicę wstępującą,) które w miejscu odpowiedniém poprzedniemu okazuje otwór na wskroś ścianę jelita przebijający, średnicy 4 cm., a którego brzegi stożkowato od błony otrzewny zwężające się, są zresztą zupełnie ostro cięte, gładkie, blade, bez śladu obrzęku, przekrwienia lub wypociny. Owrzodzenie to przechodzi daléj i na błonę śluzową pochwy zewnętrznéj (okrężnicę poprzeczną), w któréj jednak na przestrzeni talara znajdujemy tylko błonę śluzową powierzchownie od błony podśluzowéj powyżeraną, dno zaś tego wyżarcia blade, czyste. W oddaleniu 3 cm. od otworu w cewie wewnętrznéj (jelicie biodrowém) opisanego przebija ściany jelita biodrowego drugi podobny otwór o średnicy 3 cm. o brzegach nieregularnych, ostro ciętych, powyżéj którego w błonie śluzowéj okazuje się owrzodzenie do warstwy mięsnéj sięgające, na przestrzeni podłużnego talara, o brzegach i dnie bladych, nieobrzękłych. Naprzeciw otworu tego drugiego w ścianach cewy środkowéj podobna utrata ścian rozległości 3 cm. a w błonie śluzowej okrężnicy zewnętrznéj kilka powierzchownych owrzodzeń rozległości grochu. W jelicie środkowém zagłoby, podobnie jak w jelicie esowatém, napotkano małe ilości kału płynnego, podobnego jak w jelitach cienkich.

Rozpoznanie wedle tego brzmiało: *Intususceptio intestini ilei, coeci, colonis ascendentis in transversum et S. rom. subseq. adhaesione fibrosa intususceptorum. Diphtheria apicis intususcepti, necrosis S. rom. in reg. apicis intususcepti transversa longit. 10 cm. latit 4 cm. subs. perforatione S. rom., exitu faecium in cavum peritonei et peritonitide universali acuta. Necrosis circumscripta intestini ilei et colonis ascendentis intususceptorum e pressione et usura. Ruptura mesocolonis subs. hernia intestini jejuni in bursa omentali. Compressio pulmonum. Steatosis acuta cordis. Tumor lienis acutus. Anaemia universalis.*

Zastanawiając się bliżéj nad opisanemi przypadkami, widzimy przedewszystkiém, że przyczyna powstania zagłoby pozostaje w obu przypadkach niewyjaśnioną. Jako przyczyny powstania zagłoby znane są częstokroć urazy ścian brzusznych, jak uderzenia, stłuczenia; silne napieranie ścian brzusznych przy dźwiganiu ciężarów i t. p., nieżyt przewodu pokarmowego z utratą sprężystości ścian jelitowych, silne rozwolnienia, nowotwory błon śluzowych (*Klebs*). Oba przytoczone przypadki tyczą się wyrobników, którzy łatwo mogli być narażeni na urazy ścian brzusznych, o takowych jednak nie wspominają; również nie jest udowodnioném, czy rozwolnienie opisane poprzedzało zagłobę, lub było napieraniem na stolec, wywołaném zagłobą, a sekcyja nie wykazała też zmian świadczących o zastarzałych nieżytach przewodu pokarmowego, tak że przyczynę powstania zagłoby nie można uważać za niewątpliwie wykazaną. W obu przypadkach odmiana zagłoby była bardzo pospolitą t. j. taką, gdzie jelito biodrowe wraz z częścią jelita grubego stanowią część wgłobioną w dolną część jelita grubego; podczas gdy mniéj częstemi są przypadki, w których jelito grube w grube, a najrzadszemi, w których jelito cienkie wsuwa się w jelito cienkie lub téż samo jelito cienkie w grube. Trwanie zagłoby w obu przypadkach było długie, w pierwszym 71 dni, w drugim 110 dni, a odpowiednio temu przebieg choroby przewlekły. Jak bowiem w rzadkich przypadkach, o których Leichtenstern wspomina, tak i w obu opisanych pomimo znacznéj zagłoby w pierwszym 46 cm., w drugim 43 cm. i znacznych zaburzeń w krążeniu, zapalenie powstałe pomiędzy cewami jelit miało postać przewlekłą i ukończyło się wytworzeniem tkanki łącznéj, które sprawiało zrośnięcie i ustalenie jelit wgłobionych. Ściany ich pierwotnie z koniecznością obrzękłe sklęsły do tego stopnia, że znaleziono je przy sekcyi zupełnie blade, nawet niedokrewne, a w przypadku drugim nieco tylko surowiczo obrzękłe, a przewód pokarmowy stał się pomimo zagłoby drożnym; odchodziły bowiem u obu chorych przez cały czas stolce, a ta okoliczność stała się w pierwszym przypadku nawet powodem rozpoznania czerwonki przewlekłéj. Szczegół ten zrośnięcia między sobą cew wewnętrznych i średnich dowodzi zarazem, że zagłoba w obu przypadkach mimo swéj znacznéj długości rozwinęła się w krótkim czasie w całéj długości, a podnosimy tę okoliczność dlatego, że w innych przypadkach po dłuższém trwaniu zagłoby takowa przedłuża się w ten sposób, że szczyt zagłoby posuwając się coraz niżéj przegina coraz daléj pochwę samą (*invaginans*) i zagłoba rośnie tylko na koszt cewy zewnętrznéj zagłoby. W takim razie jednak zagłoba pierwotna tém się różni od następowéj, że cewy pierwszéj są ze sobą zrośnięte, a w ogóle okazują ślady przebytego zapalenia, podczas gdy otrzewny części wyższéj, późniéjszéj nie są zapalne a tylko luźnie przylegają do siebie. W takim razie bywa oczywiście i natężenie spraw zapalnych w częściach wgłobionych stosunkowo mniejszém; tu zaś i ta okoliczność, ułatwiająca przejście sprawy chorobowéj, nie istniała.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i wyciągi.

Zdanie sprawy o zjeździe ginekologów w Mnichowie w r. 1877.

podał Dr. Władysław Bylicki.
Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj w Krakowie.

(Dokończenie.)

15. Bandl z Wiednia: O zachowaniu się szyi macicznéj w czasie ciąży. W brosurze wydanéj przed rokiem „*Über das Verhalten des Cervix uteri in der Schwangerschaft und Geburt*“ stara się Bandl udowodnić na zasadzie mierzenia szyi macicznéj po porodzie i na trupach położnic, że przestwór pomiędzy ujściem zewnętrzném a wewnętrzném macicy uważany dotychczas u ciężarnych jako szyja macicy, jest tylko dolną jéj cząstką bardzo małą w porównaniu z górną. Że u tych ciężarnych, u których palec nie napotyka przeszkody w téj dolnéj części

szyi, można wykazać wysoko po nad tak zwaném ujściem wewnętrznem, w kształcie łatwo dającéj się wybadać listwy wystające koliste miejsce, które jest właściwém ujściem wewnętrznem i którego nie należy identyfikować z ujściem Müllerowskiém, dotychczas ogólnie za wewnętrzne uważaném; że nie podobna przypuścić, aby ta dolna część szyi macicznéj tak mała, wiotka i cienka szczególnie u pierwiastek, mogła rozciągnąć się do długości kilku cali, jak tego dowodzą wymiary dokonane na żywych i zmarłych położnicach; wreszcie że obrazy z przecięć Braunego, dokonanych na zamrożonym trupie rodzącéj, odnoszą się do ciąży a nie do porodu. Kwestyje te porusza Bandl raz jeszcze i objawia przekonanie, że przy porodzie prawidłowym, uważać należy wszelkie przedłużenie się przewodu rodnego za patologiczne, że zatém szyja maciczna nie wydłuża się w czasie porodu, lecz począwszy od piérwszego miesiąca ciąży już bywa zużytą do powiększenia jamy macicznéj.

Już na zjeździe w Hamburgu przeciwnicy utrzymywali, że stan ten rzeczy przez Bandla podany odpowiada początkowi porodu; ku temu téż była skierowana dyskusyja i tym razem. Oponowali Fehling, Hegar, Neugebauer, Ruge, Müller, Fritsch i Martin. Ruge uważa za kriterium uczepienie błon płodowych; gdzie się takowe uczepiają, tam jest jama macicy, gdzie ich niéma, tam jest szyja. Długą dyskusyję kategorycznie chciał zakończyć Hegar twierdząc, że dopóki Bandl nie udowodni, że błona śluzowa szyi macicznéj sięga do tego miejsca, które on uważa za ujście wewnętrzne, dopóty zapatrywaniu jego zbywać będzie na podstawie, na co Leopold namienił, że poszukiwania jego, jakich w tym celu dokonał, wykazały, że błona śluzowa szyi macicznéj sięga aż do ujścia Braunego tj. do tego miejsca, które Bandl za właściwe ujście wewnętrzne podaje, czém popiera zdanie Bandla.

Na tém zakończono szereg wykładów zjazdu ginekologów, gdyż nazajutrz rozpocząć się miały posiedzenia zjazdu ogólnego. Prof. Hecker uczynił teraz wniosek, aby wszystkie wykłady, jako tworzące tak piękny materyjał, wydrukowanemi zostały osobno, a Credé i Spiegelberg objawili gotowość umieszczenia ich w pięknéj formie i w ciągu nieprzerwanym w *Archiv für Gynaekologie*, którego są redaktorami, co pomimo oświadczenia Hegara, że wykładu swojego do archiwu nie poda, większością przyjętém zostało. O ile jednak z głosów w mojém sąsiedztwie odzywających się sądzić mogłem, to przypuszczam, że nie więcéj niż połowa do archiwu się dostanie.

Posiedzenie to zamknął prof. Credé dziękując jako przewodniczący zjazdowi zgromadzonym za zaufanie, a ci nawzajem oklaskami podziękowali mu za umiejętne i taktowne przewodnictwo.

Teraz wezwał jeszcze Hecker zgromadzonych, ażeby ze względu, że ma poruczoném utworzenie sekcyi ginekologicznéj zjazdu ogólnego, zechcieli się zejść jeszcze we środę dnia 19 września w sali politechniki dla wysłuchania kilku wykładów zapowiedzianych na posiedzenia już tym razem prawdziwéj sekcyi ginekologicznéj 50go zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

We środę w sekcyi ginekologicznéj znacznie już uszczuplonéj wyjazdem wielu członków wykładali:

1. Bandl: O cięciu cesarskiém połączoném z wycięciem macicy. W trzech przypadkach operowanych w klinikach położniczych Brauna i Späthа w Wiedniu ujęto po wykonaniu cięcia cesarskiego szyję maciczną po wyciągnięciu całéj macicy z rany brzusznéj w klamrę i odcięto w wysokości 2'' nad klamrą. Uleczenie nastąpiło w jednym przypadku. Sposób ten poleca Bandl z dwóch względów, mianowicie: 1) że dozwala lepszego rokowania niż cięcie cesarskie bez wycięcia macicy wykonane, gdyż w jamie otrzewnéj nie pozostawiamy dużéj rany po cięciu w macicy; 2) że sposobem tym zapobiegamy stanowczo następnym zastąpieniom i konieczności powtórzenia operacyi.

W dyskusyi namienia Gusserow, że wycięcie macicy wcale nie usuwa możliwości zastąpienia i w dodatku niekorzystniejszego, bo ciążą pozamaciczną. Bandl odpowiada, że ujmuje się z macicą więzy szerokie wraz z jajnikami przed klamrą, czém zapobiega się tym następstwom.

2. Marion Sims z Nowego Jorku: O leczeniu niepłodności. Na wstępie zaraz wymawia się nieznajomością języka niemieckiego, i proponuje na tłumacza Dr. Beigla z Wiednia, co jednak zgromadzenie uznało za zbyteczne. W wolnym i wyraźnym wykładzie powtórzył on głównie zapatrywanie swoje na ten przedmiot, znane już z dzieła jego, przytaczając do poszczególnych ustępów statystyczne i kazuistyczne szczegóły. Okazał zarazem narzędzia, których używa, jako to: nożyce, wziernik i strzykawkę. Do natychmiastowego rozszérzenia szyi posługuje on się często dilatatorem Ellingera. Prelegentowi za wykład ten podziękowali zgromadzeni oklaskami.

3. Frankenhäuser z Zurychu wykładał: *a*) O zachowaniu się pęcherza moczowego u kobiet w różnych stopniach napełnienia. Zwraca on uwagę na tę okoliczność, że dalsza część pęcherza mały bierze udział w rozszérzeniu przeważnie tyczącém się dna, które z wypróżnieniem pęcherza zapada w środek, tworząc rodzaj wynicowania. Że zatém w przypadkach patologicznego zachowania się tych ścian, jak w tyłopochyleniu macicy ciężarnéj, wynicowanie może dosięgnąć takiego stopnia, że dno występuje przez cewkę moczową na zewnątrz, przyczém odtrącenie téj części nastąpić może, a obserwowany przez niego odnośny przypadek przytacza jako jedyny w literaturze.

W dyskusyi zabrał głos prof. Madurowicz, twierdząc, że przytoczony przypadek nie jest jedynym, a z własnego doświadczenia znanym mu jest jeden, który wydarzył się na klinice ginekologicznéj krakowskiéj. W przypadku tym, w którym było tyłopochylenie ciężarnéj macicy odtrąciła się większa część błony śluzowéj pęcherza moczowego, z całą warstwą mięsną, a w ograniczoném miejscu i otrzewną, co prof. Biesiadecki również stwierdził. Olshausen namienił, że przypadek opisany przez Schatza w *Archiv f. Gynaekologie* możnaby do tych zaliczyć.

b) O termometryi śródmacicznéj zastósowanéj do oznaczenia bolów porodowych. Prelegent wspomina o braku wszelkiéj naukowéj podstawy do oznaczenia nasilenia bolów, i o widocznych z tego powodu brakach w książkach położniczych, w których odnośne ustępy według stałéj raz przyjętéj formy bywają obrabiane i twierdzi, że naukową podstawą do oznaczenia nasilenia tychże mogą być tylko linije krzywe otrzymane z termometryi śródmacicznéj w czasie bolów i w przerwach. Liczne bardzo tablice okazane przy téj sposobności popierają zdanie prelegenta. Przerwa bolów oznaczona na nich liniją prostą, któréj długość wykazuje trwanie, zaś ból porodowy liniję ku dołowi wklęsłą, okazującą spadek ciepłoty.

Na tém wyczerpnięty został porządek dzienny sekcyi ginekologicznéj; została jeszcze tylko dyskusyja nad odłożonym tematem Amanna. która bardzo krótko trwała, poczém Hecker pożegnał zgromadzonych.

Prof. Bollinger (w Monachijum): **Ueber Menschen und Thierpocken, über den Ursprung der Kuhpocken und über intrauterine Vaccination.** *(Sammlung klinischer Vorträge Nr. 116. herausg. von Richard Volkmann)*; streścił Dr. F. Obtułowicz.

W zajmującéj rozprawce, w któréj autor na podstawie wszystkich dotąd znanych badań umiejętnych stara się odpowiedzieć na powyższe kwestyje, dochodzi on do następujących wyników, które mogą praktycznego lekarza nadzwyczaj zainteresować, zwłaszcza co do możliwego uchronienia osesków od grasującéj epidemii ospy:

Rozróżniamy dwa odrębne gatunki ospy, to jest ospę ludzką i owczą. Dla obu tych gatunków można wykazać odrębne źródło t. j. dla pierwszéj ludzi nawiedzonych ospą, dla ospy zaś owczéj owce dotknięte tą zarazą; obie formy ospy często się zdarzają, okazują szereg stałych przypadków i mają cechy innych zaraz, nagabujących ludzi i zwierzęta; ospa ludzka należy do chorób nagminnych, ospa owcza do chorób stadnych. Wszystkie inne formy ospy zwierząt domowych, jakoto koni, wołów, świń, kóz i psów, nie należy uważać za choroby samoistne, odrębne, ale przeciwnie źródła ich należy szukać w ospie ludzkiéj lub owczéj. Wspólną cechę ospy téj drugorzędnéj i niejako zabłąkanéj stanowi ta okoliczność, że pojawia się ona bardzo rzadko i nigdy nie występuje jako choroba stadna lecz występuje sporadycznie i co najwięcéj ogranicza się do jednéj stajni lub do jednéj trzody.

W jakim zaś związku zostaje ospa ludzka do owczéj, czy pierwsza drugiéj zawdzięcza swój początek, czy też rzecz się ma odwrotnie, nie można jeszcze na podstawie badań dotąd uskutecznionych dać odpowiedzi stanowczéj; nie ulega jednak już dzisiaj prawie wątpliwości, że w istocie jad w obu gatunkach ospy jest jeden i ten sam, że oba gatunki ospy wspólne mają źródło i są z sobą spokrewnione. Jad ospy jest przyrody organicznéj, a działanie jego jest o tyle różne, o ile różnią się od siebie gatunki zwierząt, w których rozwija pole działanie; jad ten akkommoduje się niejako do swego podścieliska (*Nährboden*).

Krowianki nie można uważać za odrębny gatunek ospy, ale z największém prawdopodobieństwem źródła jéj szukać należy w ospie ludzkiéj, lub też obecnie w krowiance humanizowanéj, a przemawia za tém tak czas, jak i miejsce występowania ospic. Krowianka bowiem pojawia się najczęściéj na wiosnę, kiedy zazwyczaj dzieci są szczepione, występuje na wymionach u krów dojnych, gdzie zatém najłatwiéj przeniesionym być może jad ospowy z rąk dzieci szczepionych przez palce osób dojących; a wreszcie ospice rozwijają się na wymionach postępowo t. j. jedno miejsce zaraża się od drugiego.

Na pytanie, czy przy szczepieniu ludzi należy pierwszeństwo przyznać t. zw. krowiance humanizowanéj, czy też zwierzęcéj *(animale Vaccine, Retrovaccine* przeszczepianéj przez wiele generacyj cieląt), czy też wreszcie krowiance otrzymanéj przez przeszczepienie ospy z człowieka na bydło rogate (*Variola-Vaccine, vaccinisirte Variola*), odpowiada autor, że celowi swemu odpowiada krowianka spotęgowana, to jest przeprowadzona przez wiele generacyj cieląt *(eine potenzirte o. secundäre Retrovaccine*) i taka krowianka chroni człowieka przez pewien przeciąg czasu od zarazy ospowéj.

Jad krowianki jest przyrody stałéj, nigdy lotnéj i wtenczas tylko rozwija swe działanie, gdy się zetknie z jakąkolwiek ranką skórną. Fröhlich, Senfft i Chauveau zrobili bardzo ciekawe spostrzeżenia przy szczepieniu krowianki; jeżeli bowiem krowiankę wstrzyknęli podskórnie lub też wstrzyknęli ją do żyły szyjnéj u krowy, to nie zdołali wywołać żadnéj osutki krostkowéj, a u takich osobników szczepienia skóry za pomocą nakłócia nie przyjmowały się późniéj wcale. Byłoby rzeczą ciekawą sprawdzić, czy rzecz się ma tak samo i u człowieka.

Jad krowianki działa jeszcze w rozcieńczeniu 1:1600 (Reiter), ale w miarę rozcieńczenia musi być powierzchnia obnażona z przyskórka większą, aby tego rodzaju krowianka mogła rozwinąć swoje działanie. Hiller przekonał się, iż rozcieńczenie gliceryną (1:10) odejmuje krowiance jéj skuteczność, podczas gdy Chauveau krowianką rozcieńczoną wodą w stosunku 1:150 szczepił jeszcze ze skutkiem pomyślnym.

Reiter na podstawie swych badań rozwiązał również kwestyję sporną, czy we krwi szczepionych krowianką krąży jad krowianki, lub też nie. Doświadczenie z krwią dziecka szczepionego przed 8 dniami, poucza go, że krew taka zdolną jest do wywołania ospicy na skórze obnażonéj z przyskórka za pomocą pryszczydła i że jad krowiankowy znajduje się w niéj rozcieńczony w stosunku 1:1200. W ten sposób też jasno sobie wytłumaczyć możemy skuteczność i sposób działania szczepienia ochronnego, jako też wyjaśnić sobie możemy, że dzieci kobiet dotkniętych ospą podczas ciąży, w łonie swych matek przebywają tę chorobę lub pokryte ospicami na świat przychodzą. Jad ospowy zatém przenika granicę łożyskową, podczas gdy w innych chorobach zakaźnych (wąglik, kiła) jad krążący we krwi macierzyńskiéj granicy łożyska nie przekracza.

Są jednak znane przypadki i tego rodzaju, że matka dotknięta ospą podczas ciąży rodzi dziecko nie okazujące śladów przebytéj zarazy w łonie macierzyńskiém, a szczepienia następnie przedsiębrane u dziecka okazują wynik ujemny. Podobnież rzecz się ma ze szczepieniem krowianką kobiety ciężarnéj.

Underhill szczepił kobietę w 8 miesiącu ciąży i otrzymał ospice dobrze wykształcone. W 6 tygodni późniéj urodziło się dziecko, u którego po 3 miesiącach przedsiębrane szczepienia świeżą limfą pozostały bez skutku. Tak to spostrzeżenie, jak i doświadczenia Rickerta przemawiają za tém, że zaszczepienie krowianką matki może uchronić płód od późniejszéj zarazy ospowéj; a jeżeli się szczepienie nie przyjmie, należałoby limfę wstrzyknąć do żyły matki lub podskórnie, aby płód już w łonie macierzyńskiém uchronić od ospy. Najstósowniejszém do tego byłby 8-my miesiąc ciąży, a korzyść byłaby bardzo wielką, bo od chwili urodzenia możnaby dzieci zabezpieczyć od ospy zwłaszcza w czasie panującéj epidemii, podczas gdy obecnie często przez 1—1½ roku dzieci nieszczepione wystawione są na niebezpieczeństwo zarazy, a daty statystyczne wykazują, że śmiertelność dzieci w ¾ częściach zawdzięcza swą przyczynę ospie, która najwięcéj zabiéra ofiar w 1 roku, szczególniéj zaś w 1 miesiącu życia, kiedy dzieci są jeszcze niezdolne do przebycia szczepienia.

Kwestyja zatém szczepienia śródmacicznego (*intrauterine Vaccination*) zasługuje na baczną uwagę lekarzy, a ponieważ nie pociąga za sobą niebezpieczeństwa ani trudności, a co do swych skutków łatwiéj podlega kontroli, przeto spodziewać się należy, że wkrótce może w medycynie uzyska prawo obywatelstwa.

Prof. H. Cohn (we Wrocławiu): **O kilku rzadszych chorobach ocznych śród cukrzycy występujących.**

Na posiedzeniu szląskiego tow. oświaty ojczystéj z d. 12 października r. b. C. wspomniawszy, że dotąd Leber opisał 3, a Förster 1 przypadek cukrzycy, w których bystrość wzroku była upośledzoną, a wziernikiem nie można było wykazać zmian w głębi oka, podaje, że sam

w praktyce swojéj 6 podobnych przypadków postrzegał, i że w 4 z nich na podstawie saméj amblyjopii podejrzywał cukrzycę, którą badanie moczu stwierdziło. Jedna z tych chorych oprócz amblyjopii cierpiała porażenie N. odwodzącego oka pr., a po upływie 5 ciu lat i porażenie tegoż nerwu oka lewego. Ze spostrzeżeń swoich wnosi C. 1) że w każdym przypadku amblyjopi i porażenia mm. ocznych należy mocz zbadać, bo lepiéj sto razy badać go daremnie, aniżeli raz przeoczyć badanie; 2) wejrzenie chorych nie bywa jeszcze chorobowém, pomimo istniejącéj już amblyjopii cukrzycowéj; 3) oko bierze udział w cierpieniu dopiéro w późniejszym okresie cukrzycy, a we wszystkich przypadkach amblyjopii mocz ranny zawiera cukier; 4) po kuracyi karlsbadzkiéj w 2 przyp. amblyjopija się zmniejszyła, w jednym nie zmieniła się, a we 2 przyp. nawet postąpiła; 5) amblyjopija we wszystkich przypadkach nagabywała oba oczy, choć w stopniu nierównym; 6) pole widzenia w 5 przyp. okazało się całkiem prawidłowém; 7) porażenia mm. ocznych zdarzają się najczęściéj w cukrzycy następstwem choroby mózgowéj będącéj i mogą w zupełności ustąpić. (*D. med. Woch. 1877 Nr. 46*). *L. B.*

Erlenmeyer: **Chromofototerapija chorób umysłowych**.

W r. 1875 ogłosił był Dr. Ponza, lekarz w Aleksandryi (w Piemoncie) artykuł (*w Annales médico-psychologiques*), w którym polegając na znanym wpływie światła barwnego na rośliny, podał wiadomość o doświadczeniach czynionych nad działaniem światła niebieskiego i czerwonego na obłąkanych. P., idąc w teoryi za tłumaczeniem Ojca Secchiego, urządził był pokoje o ścianach i oknach już to niebieskich, już to fijoletowych, już też to czerwonych. Melancholicy z jadłowstrętem i halucynacyjami w pokoju czerwonym odzyskali humor i apetyt już po upływie kilku godzin; pokój czerwony uznał więc P. za środek podniecający, niebieski zaś za krzepiący.

Dopiéro po dwóch latach ogłasza obecnie Dr. Davies, dyrektor zakładu w Maidstone (w hr. Kent w Anglii) pod tytułem: *the photochromatic treatment of Insanity* (*Journal of mental Science, October 1877*) badania swoje kontrolujące twierdzenia Dra Ponzy i dochodzi do wniosku, że światło czerwone żadnego nie wywiéra wpływu na umysł obłąkanych, podczas gdy niebieskie wyjątkowo tylko działa dodatnio, wywołując przedewszystkiém ból w czole i głowie, któren to ból bywa zwiastunem bardzo dobrym, ponieważ zawsze wyprzedza skutek pożądany. D. przytacza kilka przypadków, w których chorzy manijakalni, niebezpieczni dla otaczających osób i przedmiotów, po kilku posiedzeniach w pokoju niebieskim nad wszelkie spodziewanie uspokoili się, podczas gdy innemi środkami skutku tego uzyskać nie można było. Z tego powodu rzecz cała zasługuje na dalsze badanie kontrolujące. (*Centralblatt f. Nervenkr., Psychiatrie u. gerichtl. Medicin, Probenummer.*) *L. B.*

IV. O 50tym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachijum.

Sprawozdanie Dra J. **Warschauera**.

(Ciąg dalszy.)

Prof. Nussbaum przedstawił zgromadzeniu liczne i bardzo ciekawe przypadki chirurgiczne, oraz wykonał kilka operacyj z podziwienia godną zręcznością i szybkością.

W sekcyi dla chorób wewnętrznych mówił Dr. Riegel naczelny lekarz szpitalny w Kolonii o symptomatologii i teoryi morzyska ołowiowego; po wyliczeniu i omówieniu dotychczasowéj teoryi o téj niemocy, podaje wynik swych badań tętnicowych robionych na chorych, z których pokazuje się nader ciekawa zgodność między stopniem napięcia naczyń i bólem. Badania jego nie stwierdziły prawdziwości utrudnionego ruchu robaczkowego jelit z powodu zbitego kału, bo nawet mimo obfitych wypróżnień stolcowych ból się utrzymywał, nie rzadko zaś mimo uporczywego zatrzymania stolca znikał. Dla rozstrzygnięcia pytania, jakby pojąć należało stwierdzony ścisły związek zachodzący między napięciem tętniczém i bólem, chorym podczas napadów bólu wstrzykano morfin; zawsze ból po wykonaniu tego rękoczynu ustępował, atoli napięcie tętnicze w niczém się nie zmieniło. Natomiast podawanie amylnitritu lub pilokarpinu wodochlorowego, środków działających na naczynia a nie na nerwy, sprawiało wraz ze zmniejszoném napięciem tętniczém, również i odpowiednie zmniejszenie bólu, co przemawia za przypuszczeniem, iż ołów wywołać zdołał zadrażnienie nerwów brzusznych naczyniowo-ruchowych.

Prof. Gescheidlen z Wrocławia podał prosty sposób do oznaczenia ilości cukru w mléku zawartego. Jeśli się dodaje do mléka ług sodowy, to płyn po 24 godzinach dzieli się na dwie części: na ciecz jasną czerwoną i na skrzep biały; ten sam skutek sprawia gotowanie ługu sodowego z mlékiem, lecz wówczas skrzep utworzony nie jest skupiony, lecz tworzą się tylko strzępki, dla tego płyn musi pierwéj być przecedzony; zabarwienie czerwone, które ług sodowy sprawia, jedynie zawisło od ilości cukru mlécznego w mléku zawartego, bo ani serzeń ani białko, ani tłuszcze ługiem sodowym zaprawione nie tworzą cieczy czerwonéj; jeśli więc wyż wymienione składniki z mléka usuwamy, to wysączyna za dodatkiem ługu sodowego zabarwia się tak samo czerwono, jak gdyby mléko świéże było wystawione na działanie ługu sodowego; natężenie zabarwienia roztworu cukru mlécznego sprawione przez ług sodowy zależy od ilości cukru mlécznego, od ilości i tęgości dodanego ługu, jak niemniéj od czasu działania ługu. Cukier mléczny zachowuje się podobnie do cukru gronowego, jak to Paschutin wykazał.

Profesor Leube z Erlangi mówił o białkomoczu fizyjologicznym, przekonał się bowiem, że u osób zupełnie zdrowych, po umęczeniu się chodzeniem często występuje białkomocz, nie mający znaczenia chorobowego. Referent przytacza na twierdzenie powyższego zdania, że znany nam jest kolega cierpiący na przepuklinę męcherzową wrodzoną, który ile razy chodzeniem się umęczy, tyle razy znachodzi białko w moczu, mimo to jednak jest zdrów i dobrze wygląda.

Następnie sprawozdawca mówił o uleczeniu czasowém i stałém cukrzycy, i wspomina że posiada spostrzeżenia 23 chorych na cukrzycę leczonych; przejrzawszy swoje notatki co do chorych na cukrzycę przekonał się, że w jednym przypadku datującym jeszcze z roku 1853 lub 1854 po kuracyi karlsbadzkiéj całkowicie cukrzyca ustąpiła i dotychczas nie powróciła; przypadek ten był ściśle obserwowany; znalazł również trzy przypadki, w których przez rok, $1 \frac{1}{2}$ nawet do dwóch nie ma już cukru w moczu; takie przypadki uważa za chwilowo, czasowo uleczone, bo doświadczenie naucza, że choroba po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu wraca. Jak sobie można wytłumaczyć uleczenie cukrzycy choćby w arcyrzadkich razach? Sprawozdawca sądzi, że jest kilka form klinicznych cukrzycy i tak już starym lekarzom wiadomém było, że

często cukrzycy towarzyszy nabrzęk wątroby; prof. Skoda na zwłokach wykazał, co za życia rozpoznawał, że cukrzycy towarzyszy zanik trzustki; w nowszych czasach ten autor i Cantani opisali przypadki cukrzycy, którym towarzyszyły przypadłości nerwowe np. oczy mocno wysadzone; prof. Korczyński miał tego rodzaju przypadek na swéj klinice; uważano również cukrzycę z powikłaniem żołądkowo-jelitowém, i bardzo być może, że z biegiem czasu jeszcze inne postacie kliniczne się pojawią. Otóż już teraz orzec można, że pewne powikłania są mniéj niebezpieczne od innych, i że rokowanie względnie jest pomyślniejszém aniżeli w innych i tak ów przypadek, w którym całkowicie cukrzyca ustąpiła, jak niemniéj te przypadki, w których cukrzyca rok do dwóch lat przycichła, tyczą się powikłań z obrzękiem wątroby, a doświadczenie uczy, że cukrzyca z powikłaniem cierpienia ośrodków nerwowych np. mózgu, jak niemniéj z powikłaniem żołądkowo-jelitowém należy do najniebezpieczniejszych i stosunkowo tylko śmierć wywołujących. Pfeiffer zebrał sto ośmdziesiat przypadków, z których 7 miało być uleczonych i podał o tém wiadomość w czasopiśmie *Thüringisches ärztl. Correspondenz-Blatt IV. 8.*

Sprawozdawca wspomina również o przypadku cukrzycy powikłanéj z kiłą drugorzędną, którą wspólnie z prof. Korczyńskim i lekarzem ordynującym szpitala św. Łazarza p. Pareńskim widział, powikłanie, które teraz często się uważa, które do uleczneych ma należeć o tyle, o ile z ustąpieniem pojawów kiły i cukrzyca ustępuje.

W każdym razie uleczenie choćby jednego przypadku cukrzycy jest faktem bardzo ważnym, ile że literatura dotychczasowa nic o tém nie wspomina; od jakich okoliczności uleczenie zależy, dotychczas jest nam nie wiadome, zastanawiać się przeto nad tém pytaniem, nad tém zagadnieniem lekarskiém warto.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 22 listopada 1877. Z listu prof. Dra Kosińskiego w Warszawie pisanego do prezesa krakowskiego Towarzystwa lekarskiego wyjmujemy następujące szczegóły, tyczące się choroby ś. p. prof. Girsztowta: „Rana była zadaną wielkim nożem kuchennym kończystym i była raną kłótą. Narzędzie ugodziło w górną, przednią część lewego uda, na cal poniżéj kolca przedniego górnego kości biodrowéj i zmierzając w kierunku od wewnątrz, góry i przodu ku wewnątrz, dołowi i tyłowi doszła do małego krętarza. Otwór skórny rany na cal przeszło długi znajdował się w kierunku i tuż przy brzegu przednim mięśnia krawieckiego. Długość przewodu rany wynosiła koło 3 cali. Ustęp dla mięśniów (*lacuna*) i cały pęczek nerwu udowego z wyjątkiem nerwu kostkowego był przecięty. Przez ustęp dla naczyń przeszedł nóż pomiędzy naczyniami i przednią powierzchnią stawu biodrowego nie otworzywszy go wprawdzie, lecz naciąwszy tętnicę głęboką uda tuż przy odejściu od tętnicy udowéj. Z przecięcia nerwu tłumaczy się, że Girsztowt w chwili zadania rany upadł na podłogę i przy pomocy jednak służącego prędko się podniósł i przyszedł do gabinetu, gdzie się na kanapę położył i usiłował tamować krew gwałtownym strumieniem płynącą. Jednocześnie uprosił znajdującą się podówczas w jego mieszkaniu pacyjentkę, aby pojechała po mnie. W 8 do 9 minut znalazłem się przy nieszczęśliwym, u którego zastałem już dwóch młodszych kolegów, którzy wraz z samym G. uciskali bądź tętnicę biodrową, bądź główną, bądź samą ranę. Rozpatrzywszy się na prędce, o co idzie, przystąpiłem do podwiązania tętnicy udowéj w saméj ranie. Tymczasem przybywał co chwila ktoś z kolegów do pomocy. Operacyja trwała przeszło pół godziny, podczas któréj utrata krwi była nieznaczną. Ani przed ani podczas operacyi G. nie zemdlał ani razu; owszem był ciągle przytomny i tylko powtarzał, aby się spieszyć, gdyż czuje, że słabnie i że bliskim jest śmierci. Blady tylko był niezmiernie i doznawał bólu w całéj lewéj odnodze dolnéj. Po operacyi tętno było wprawdzie małe, ale nie nitkowate. W nocy spał nie wiele, pocił się bardzo. Nazajutrz zrana tętno było mniejsze niż poprzedniego wieczora, ale koło południa zaczęło się znacznie podnosić a wieczorem było już takie, że niepodobna było z niego wnosić, aby chory jeszcze wczoraj mógł utracić kilka funtów krwi. Następna noc była dobra, G. spał 9 godzin. Noga nie bolała, była atoli chłodnawa. Tętnienia w tętnicach goleni i stopy nie było. Na trzeci dzień wystąpiły objawy zgorzeli skóry na goleni. Palce u nóg były zimne, barwy białowoskowéj. G. począł gorączkować, był atoli zupełnie przytomnym aż do 6-go dnia, w którym po bardzo mocnych dreszczach zaczął majaczyć, co trwało 24 godzin. Siódmego dnia oprzytomniał, skarżył się bardzo na brak powietrza w piersiach, a tętno zaczęło niknąć. Chwilami bredził, chwilami znów był przytomny. Zgorzel posunęła się po dreszczach z goleni na udo, skóra twarzy nieco zżółkła. Ostatnia chwila przytomna była na pół godziny przed śmiercią, która nastąpiła 12 listopada o godzinie 6 minutach 15 wieczorem, równo w tydzień po zadaniu rany.

Sekcyja stwierdziła opisane wyżéj obrażenie nerwu i tętnicy udowéj głębokiéj. Znaleźliśmy nadto znaczną obrzęklinę płuc i mózgu, w komórkach serca skrzepy krwi z przedłużeniami wnikającemi do tętnicy płucnéj i głównéj, skrzepy w żyłach udowéj i biodrowéj świeże. Tętnica udowa głęboka nie była całkowicie przeciętą, lecz tylko w $^2/_3$ obwodu nadciętą.

* Dziekan wydziału lek. uniw. warszawskiego prof. Brodowski otrzymał z Krakowa następujący telegram: „Akademija umiejętności przesyła wyraz głębokiego żalu po stracie kolegi śp. Girsztowta“ (podpisano) Majer. (*Kur. Warsz.*)

* Prof. Gscheidlen we Wrocławiu okazał na posiedzeniu tow. szląskiego oświaty ojczystéj kryształy krwi $1^1/_2$ cm. długie, a więc makroskopijne, które otrzymał, krew odwłóknioną przez kilka dni w naczyniu umyślnie zamkniętém trzymając przy ciepłocie ciała, a następnie przez czas krótki parując w szkiełkach zégarkowych. (*D. med. Woch.*)

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 (od 4—10 listopada) zmarło w Krakowie osób 47; 25 mężczyzn i 22 kobiet. Roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosi 44,4. W tym samym czasie śmiertelność wynosiła: we Lwowie 23,3; w Warszawie 25,6; w Poznaniu 34,4; w Wiedniu 26,5; w Pradze 34,3; w Tryjeście 28,2; w Londynie 21,4; w Odessie 25,7; w Chrystyjanii 16,4; w Barcelonie 17,8; w Gdańsku 39,2; w Lignicy 42,5; w Monachijum 35,1; w Berlinie 22,1; w Dreźnie 25,5. Z chorób zakaźnych zmarło w Krakowie w 45 tygodniu osób 7 (w 44 tyg. osób 12), mianowicie: z ospy 1 osoba nie szczepiona, z odry 2, z dławca 2, z gorączki połogowéj 1, z róży 1; z chorób zaś płucnych zmarło osób 19.

* **Mianowania i odznaczenia.** Profesorowie: Arlt i Karol Braun-Fernwald we Wiedniu otrzymali tytuł i charakter radzców nadwornych. — Prof. Widerhofer we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski bawarskiego orderu zasługi św. Michała. — Miejsce Listera w Edymburgu zajął prof. Annandale, były asystent Symego.

Sekcyja higijeniczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie w Piątek, dnia 30 listopada r. b. posiedzenie zwykłe, na którém 1) Kol. Lutostański przedstawi tablice obejmujące średnie przypadki spostrzeżeń meteorologicznych robionych w Krakowie w ostatnich latach 25-ciu; 2) Kol. Grabowski uczyni uwagi o obecnym stanie kwestyi kanalizacyi.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Sanoku: Kazuistyka ukaże się w osobnych odbitkach, ale nie tak rychło będzie ukończoną, ponieważ z zasady dajemy pierwszeństwo rozprawom szan. współpracowników, a dotychczas dzięki ich życzliwości posucha szybko przemijała.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

ROCZNIK
PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO
rok 1876,
jest do nabycia w Administracyi za kwotę 6 złr. 60 c.

L. 15943.

KONKURS.

Na mocy uchwały Wysokiego Wydziału krajowego z 9 Listopada 1877 r. do L. 36080 rozpisuje się konkurs na opróżniające się z dniem 1 Stycznia 1878 r.

Sześć posad Sekundaryjuszów i

Trzy posad Asystentów lekarskich przy oddziałach chorych Krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Posady Sekundaryjuszów i Asystentów lekarskich nadane będą tylko na lat dwa, takim kompetentom, którzy się wykażą dyplomem Doktora Medycyny lub dyplomem doktora wszech nauk lekarskich uzyskanym na jednéj z Wszechnic Państwa Austryjackiego.

Do posady Sekundaryjusza przywiązaną jest płaca o rocznych 600 złr. w. a. z dodaniem opalonego mieszkania w Szpitalu, zaś do posady Asystenta lekarskiego płaca o rocznych 500 złr. w. a. bez wszelkich innych dodatków.

Ubiegający się o posady powyższe w podaniach swych winni oraz wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

3) Stosunki pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami w służbie krajowéj zostającemi.

Podania należy wnosić najdaléj do 15 Grudnia 1877 r. do Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Dyrektor Szpitala powszechnego
we Lwowie d. 18 Listopada 1877.

W administracyi Przeglądu lekarskiego jest do nabycia dzieło Dra Domańskiego:

Wykład elektroterapii

po cenie 4 złr. 50 c. z przesyłką pocztową.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.